

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2011.06.024

三叉神经痛型左桥小脑角胆脂瘤 1 例

李永辉 王光君

(济宁医学院口腔医学系 2010 级专升本 1 班, 山东 济宁 272067; 鱼台县人民医院, 山东 鱼台 272300)

关键词 三叉神经痛; 桥小脑角; 胆脂瘤**中图分类号**: R745.1+1**文献标志码**: B**文章编号**: 1000-9760(2011)12-450-02

1 临床资料

患者, 男, 36 岁, 山东省鱼台县人。2009 年 1 月 26 日因左面部疼痛半月余来山东省鱼台县人民医院口腔科就诊。自述半月前左外耳道不明原因的自发性刀割样痛, 渐放射至左侧面部、下颌骨及下颌后牙, 时有夜间痛。否认系统疾病史及外伤史。

检查: 神志清, 一般情况可, 双侧颌面部对称, 开闭口正常, 左侧面部皮肤未触及扳机点, 患侧口角无歪斜, 上下眼睑闭合未见异常。#36 远中沟较深, 叩(一), 咬诊不适, 热诊疼痛, 冷诊不敏感; #37 殆面见白色充填物, 叩(一), 热诊不适, 冷诊不敏感; #38 近中阻生。根尖片检查 #36、#37、#38 根尖部位未见异常, #37 充填物至髓室底, 根管呈

透射影像。初步诊断: 1) #36 牙髓炎; 2) #37 残髓炎; 3) #38 近中阻生; 4) 颞下窝肿瘤? 5) 颅内肿瘤?

处理: 2% 利多卡因左侧下牙槽神经阻滞麻醉下, #36 行根管治疗术; #37 去除充填物后见根管空虚, 行根管治疗术。术后患者面部持续性疼痛无缓解; 1 周后在济宁口腔医院口腔颌面外科行 #38 拔除术, 术后注意事项严格遵医嘱, 5d 后面部疼痛无减轻; 行颞下窝及翼腭窝 CT 扫描, 上述二部位未见占位性病变; 行头颅 MRI 平扫, 可见左桥小脑角区角池增宽, 相应区域呈现长 T₂ 异常信号影, 注入钆喷酸葡胺(Gd-DTPA), 未见明显强化, MRA 原始图像显示左侧三叉神经受压(如图 1)。印象: 左桥小脑角池占位性病变待排, 考虑为胆脂瘤。



图 1 左桥小脑角胆脂瘤的影像学表现(箭头所示)

2009 年 2 月中旬, 患者在徐州医学院附属医院接受手术治疗, 术后病理: 左桥小脑角胆脂瘤。术后 3 个月复查, 情况良好。随访 2a 无复发。

2 讨论

继发性三叉神经痛是指由于三叉神经本身或邻近组织病变所引起的疼痛症状。它可继发于桥小脑角、三叉神经根或半月神经节部位的肿瘤、血管畸形、动脉瘤、蛛网膜炎及多发性硬化等疾患。疼痛多为持续性, 常合并其它相邻脑神经麻痹, 继发性受损时有感觉症状和运动症状, 支配区

的感觉障碍、角膜反射消失、患侧咀嚼肌瘫痪、咬合无力、张口时下颌向患侧偏斜。有时继发性三叉神经痛发作情况与原发性三叉神经痛极为相似, 若不注意继发病变的早期表现, 很容易被误诊^[1]。三叉神经痛型桥小脑角胆脂瘤的发病年龄多较年轻(30 岁左右), 较原发性三叉神经痛疼痛程度严重, 且发作频繁。多无明显扳机点, 表现为典型三叉神经痛, 或唯一症状及首发症状^[2]。部分患者肿瘤较小, CT 检查可能漏诊, 手术时才发现肿瘤^[3]。因此我们在临床工作中应注意继发性三叉神经痛的正确诊断及鉴别诊断, 只有在排除继发性三叉神经痛的前提下, 方可考虑原发性三叉神经痛的治疗^[4], 最后考虑治疗病变患牙。

由于计算机技术的发展,带来了医学影像学的巨大进步,使许多过去认为是原发性三叉神经痛的患者均有明确的病因发现^[5],许多继发性三叉神经痛如继发于桥小脑角肿瘤的病例亦得到及时正确的诊断和治疗。MRI 检查在后颅窝脂肪瘤成像上明显优于 CT^[6]。故对于可疑病例在影像学检查上首选 MRI 检查。

本例因初发外耳道区疼痛并未引起本人足够重视,半月后出现口腔颌面部疼痛及功能障碍方来口腔科就诊。加之患侧恰存在多颗病变牙,治疗患牙后疼痛不见缓解,行 MRI 检查得以确诊后行手术切除。本例患者出现了不明原因的牙痛,我们分析可能引起牙痛的病因,因为脂肪瘤好发于桥小脑角,早期只表现为三叉神经痛。因此对于那些三叉神经痛发作频繁、疼痛剧烈、各种治疗效果不佳,同侧面面部感觉减退,其是中青年,不能轻易诊断为原发性三叉神经痛,应做颅脑 MRI 平扫或及时转诊,才能减少把诊断的失误至最小。

志谢:本文得到济宁医学院附属医院耿海霞、郭秀娟、马海峰、孔庆胜;济宁医学院口腔医学系曹婷婷、刘博、刘伟伟、赵远、刘宏亮;济宁第一人民医院张孝常、魏玉镇、李蕊、

赵航等老师的悉心指导与帮助,谨致谢忱!

参考文献:

- [1] 李红梅. 继发性三叉神经痛误诊 2 例[J]. 中国实用医药, 2011,6(13):216.
- [2] 邵彤,刘学宽,吕志新,等. 颅底肿瘤与三叉神经痛(附 91 例分析)[J]. 济宁医学院学报,1995,18(2):36.
- [3] 赵中甫,王冠军,郑鲁,等. 误诊为原发性典型三叉神经痛的桥小脑角脂肪瘤的临床研究[J]. 临床医药实践,2011,20(7):486-487.
- [4] 王黎明,王云. 继发性三叉神经痛延误诊治分析[J]. 广东牙病防治,2001,9(1):49.
- [5] 朱宏伟,李勇杰,胡永生,等. 显微外科手术治疗三叉神经痛 169 例临床研究[J]. 立体定向和功能神经外科杂志,2004,17(1):22-25.
- [6] 任明中,陈晓平,许丽娜,等. 三叉神经型桥小脑角脂肪瘤的回顾性研究[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35(6):446-448.

(收稿日期 2011-11-26)

(上接第 420 页)噻是一种新型的影响心肌代谢类药物,通过优化心肌能量代谢、抑制 Na^+ 、 Ca^{2+} 超载、抑制氧自由基的产生、减轻细胞内酸中毒、保护细胞膜稳定性等作用保护心肌细胞,在心肌保护方面具有良好的临床应用价值^[9]。动物实验和临床研究也已证实了曲美他噻对心肌细胞的保护性作用^[10]。本研究显示,左卡尼汀和曲美他噻虽然具有不同的作用机制,但在单独应用时,两组血清 CK-MB 和 cTnI 水平的增幅均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),并且 RFCA 前后两组酶学指标的变化具有相对的一致性,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),说明两者在促进受损心肌恢复,保护受损心肌的作用方面,有着相似的临床效果。而左卡尼汀与曲美他噻联合应用时,血清 CK-MB 和 cTnI 水平升高的幅度进一步降低,差异有统计学意义($P<0.05$),说明两者在联合应用时能有效发挥保护受损心肌细胞的作用,促进血清 CK-MB 和 cTnI 水平的较快恢复。

由此可以看出,左卡尼汀和曲美他噻的联合应用,使得不同保护机制在 RFCA 术中心肌受损时能够协同发挥作用,有效预防 RFCA 组织热效应对心肌细胞的损伤,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 马长生,胡大一. 快速心律失常射频导管消融时完全性房室阻滞的预防[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,1996,10(3):122-124.
- [2] Wellens HJ. 25 Years of insights into the mechanisms of supraventricular arrhythmias[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2003,26(9):1916-1922.
- [3] 戴剑,Teo Wee Siong,Ruth Kam. 房室旁道经导管消融后复发及对策[J]. 心脏杂志,2004,16(4):393-394.
- [4] 陈曦. cTn 和 CK-MB 在临床应用和检测中几个值得注意的问题[J]. 中国医刊,2006,41(2):11-14.
- [5] 李志艳,徐国宾,夏铁安. 美国临床生化科学院心脏标志物应用指南简介[J]. 中国实验诊断学,2007,11(2):278-281.
- [6] 段樱,谭兵,刘树业. 两种心脏标志物诊断急性冠脉综合征的对比研究[J]. 山东医药,2009(16):30.
- [7] 赵习玲,孟立军,王文英. 左卡尼汀的临床应用进展[J]. 实用心脑血管病杂志,2008,16(10):75-76.
- [8] 陈静,尹定丛. 左卡尼汀的临床应用进展[J]. 中国医药导报,2010,7(22):9-10.
- [9] 赵志宏,何并文. 曲美他噻对心肌保护的研究进展[J]. 医学综述,2010,16(7):1074-1076.
- [10] DiNapoli P, Taccardi AA, Barsotti A. Long term cardioprotective action of trimetazidine and potential effect on the inflammatory process in patients with ischaemic dilated cardiomyopathy[J]. Heart,2005,91:161-165.

(收稿日期 2011-10-23)